

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____ TB azonosító jele: _____
 Születési neve: _____ Anyja neve: _____
 Születési hely, idő: _____
 Lakóhelye: _____ Telefonszáma : _____
 Tartózkodási helye : _____
 Állampolgársága: _____
 Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: _____

Tartására köteles személy:

Neve: _____
 Lakóhelye: _____
 Telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve: _____
 Lakóhelye: _____
 Telefonszáma: _____
 Az ellátást igénybevevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: _____

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri		Az étkeztetés módja:	<input type="checkbox"/>
2.1. Alapszolgáltatás		helyben fogyasztás	<input type="checkbox"/>
Étkeztetés	<input type="checkbox"/>	elvitellel	<input type="checkbox"/>
Házi segítségnyújtás	<input type="checkbox"/>	kiszállítással	<input type="checkbox"/>
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	<input type="checkbox"/>	diétás étkeztetés	<input type="checkbox"/>
2.2. Nappali ellátás		3.2. Házi segítségnyújtás	<input type="checkbox"/>
Idősek nappali ellátása	<input type="checkbox"/>	Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:	<input type="checkbox"/>
Demens személyek nappali ellátása	<input type="checkbox"/>	Személyes gondozás	
2.3. Ápolást-gondozást nyújtó intézmény Idősek otthona		Egyéb, éspedig	
a, az elhelyezést az általános szabályok szerint	<input type="checkbox"/>	3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele	<input type="checkbox"/>
b, az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri	<input type="checkbox"/>	Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:	
ba, demencia kórkép legalább súlyos fokozata	<input type="checkbox"/>	3.5. Nappali ellátás	<input type="checkbox"/>
c, Időskorúak gondozóháza	<input type="checkbox"/>	Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:	<input type="checkbox"/>
3.1. Étkeztetés	<input type="checkbox"/>	Étkeztetést igényel – e: igen <input type="checkbox"/> (normál <input type="checkbox"/> , diétás <input type="checkbox"/>) nem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:	<input type="checkbox"/>	Milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:	
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:	<input type="checkbox"/>		
3.7. Ápolást – gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény			

<i>Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását: Határozott (annak ideje)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Határozatlan</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Soron kívüli elhelyezést kér – e:</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Ha igen, annak oka:</i>	

Dátum: _____

*az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)
aláírása*

6. melléklet az 1/2017. (II. 14.) EMMI rendelethez

Az Ir. 1. számú melléklet I. része helyébe a következő rendelkezés lép:

„I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén

1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):

1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása

indokolt nem indokolt

3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

3.3. prognózis (várható állapotváltozás):

3.4. ápolási-gondozási igények:

3.5. speciális diéta:

3.6. szenvedélybetegség:

3.7. pszichiai megbetegedés:

3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):

3.9. demencia:

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel

időpontjában szedett gyógyszerek:

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről

NYILATKOZAT

Alulírott:

Szül. hely, idő:

Lakcím:

Telefonszám:

Mobil telefonszám:

E-mail cím:

hozzájárok **Szolnoki Kistérség Többcélú Társaság Egyesített Szociális Intézménye** (továbbiakban: Adatkezelő) részére fenti személyes adataim kezeléséhez, illetve az átadott orvosi és szociális jövedelmi állapotomra vonatkozó dokumentumok másolatának nyilvántartásba illetve tárolásba vételéhez az alábbi feltételekkel.

A Szolgáltató adatkezelésére a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (Avtv.) irányadó. Az adatszolgáltatás önkéntes.

Az adatkezelés célja az Intézmény által biztosított egészségügyi és szociális ellátás illetve gondozási feladatok igénybevétele céljából, az idevonatkozó törvényi előírások betartása mellett. Adatkezelő által vállalt szolgáltatások és kötelezettségek teljesítése, jogok érvényesítése, az ügyfél, azonosítása, az Ügyféllel való kapcsolattartás és kommunikáció.

További személyes adatok kezelése törvényi felhatalmazáson alapulhat, amelynek célja jogszabályi kötelezettségek teljesítése. Kezelt adatok: adószám, adóazonosító jel, TAJ szám, bankszámlaszám stb.

Hozzájárulok, hogy az Adatkezelő részemre postai úton levelet, elektronikus úton e-mailt küldjön. Ezen hozzájáruló nyilatkozat vonatkozik a kezelt adatok harmadik személy részére történő átadására, amennyiben ezt jogi alap megléte illetve szerződési kötelezettség teljesítése érdekében történhet. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás, feltétel és indokolás nélkül visszavonható, amely magával vonhatja az Intézmény által biztosított szolgáltatás estleges megszűnését. Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, minden külső befolyás nélkül, a megfelelő tájékoztatás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések ismeretében tettem meg. Aláírással igazolom, hogy a személyes adataim felhasználásáról szóló Adatvédelmi tájékoztatót megismertem, megértettem, és azok tartalmát teljes mértékben elfogadom, az általam itt megadott adatok a valóságnak megfelelnek és hozzá járulok ahhoz, hogy szociális ellátás és gondozás összefüggésében az általam megadott személyes adatokat kezelje.

Kelt:,,év hónap nap

.....
Nyilatkozattevő aláírása

Szolnoki Kistérség Többcélú Társulása Egyesített Szociális Intézménye
Szolnok, 5000 Vízpart körút 3. 56/513-120

Tisztelt Házi orvos/Kezelő orvos!

A szociális szolgáltatások körébe tartozó idős bentlakásos otthonainak, igénybevételének jogosultsági feltételének megállapítása változott az 55/2015.(XI.30.) EMMI rendelet alapján, amely módosította a 36/2007.(XII.22.) SZMM rendeletet is. A rendelet szerint az önellátó képességet felmérő táblázat **1/2/9/12. pontjait a Házi orvosnak/Kezelő orvosnak**, a többi részét az Intézmény Igazgatójának, vagy általa meghatalmazott személynek kell kitöltenie.

Kérem szíves együttműködését a mellékelt táblázat kitöltésében.

Horváth Erika sk.
Igazgató

Értékelő adatlap

Személyes adatok: Név:.....Szül. hely, idő:.....

Lakcím:, Törvényes képviselő neve, elérhetősége:.....

Mérőtábla:

sorszám	Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézményvezető	Házi orvos
1.	Térbeli-időbeni tájékozódás	0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan		
2.	Helyzetnek megfelelő viselkedés	0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható-viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni		
3.	Étkezés	0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgáláshoz és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához		
4.	Öltözködés	0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul		
5.	Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása)	0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségletit felismeri, bizonyos		

		<p>feladatokhoz segítséget igényel</p> <p>2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud</p> <p>3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel</p> <p>4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes</p>		
6.	WC használat	<p>0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja</p> <p>1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell</p> <p>2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladataiban segíteni kell</p> <p>3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez</p> <p>4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére</p>		
7.	Kontinencia	<p>0: vizeletét, székletét tartani képes</p> <p>1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait</p> <p>2: pelenka cserében, öltözködésben és vagy higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel</p> <p>3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében</p> <p>4: inkontinens, teljes ellátásra szorul</p>		
8.	Kommunikáció, Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e amit mondanak neki	<p>0: kifejezőkészsége, beszédértése jó</p> <p>1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul</p> <p>2: beszédértése, érthetősége megromlott</p> <p>3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes</p> <p>4: kommunikációra nem képes</p>		
9.	Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	<p>0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja</p> <p>1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja</p> <p>2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat</p> <p>3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja</p> <p>4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel</p>		
10.	Helyzetváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: önállóan, segédeszköz használatával</p> <p>2: esetenként segítséggel</p> <p>3: gyakran segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		
11.	Helyváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: segédeszköz önálló használatával</p> <p>2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel</p> <p>3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		
12.	Életvezetési képesség	0: önálló		

	(Felügyelet igénye)	1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet		
13.	Látás	0: Jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát		
14.	Hallás	0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall		
	Fokozat	Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám		

Az Intézmény tölti ki:

Értékelés:

Fokozat	Értékelés	Pontszám	Jellemzők
0.	Tevékenységeit elvégzi	0-19	Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik.
I.	Egyes tevékenységekben segítségre szoruló	20-34	Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel.
II.	Részleges segítségre szoruló	35-39	Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel.
III.	Teljes ellátásra szoruló	40-56	Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel.

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007.(XII.22.) SZMM rendelet 4. §(1) bekezdés.....pontja/ alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján fennálló napi gondozási szükséglet szerint:

- szociális segítség

- szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségügyi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007.(XII.22.) SZMM rendelet 3/A§ (1) bekezdés b, pont.....alpontja szerint egyéb körülmény alapján
- személyi gondozás
- időszotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:.....

.....

Intézményvezető/szakértő

orvos

Felülvizsgálat

A gondozási szükséglet, valamint a z egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII.22.) SZMM rendelet 4§ (1) bekezdéspontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007.(XII.22.) SZMM rendelet 3/A §(1) bekezdés b) pont.....alpontja szerinti egyéb körülmény alapján
- személyi gondozás
- időszotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:

.....
 fenntartó képviselője

.....
 orvos

II.

Jövedelemnyilatkozat

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Neve:.....

Születési neve:..... Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

(Itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám:..... (nem kötelező megadni)

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja – e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

igen – ebben az esetben a Jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni .

nem

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem (kiemelt cs.p. vakok járadéka, fogyatékosági támogatás. stb.)	
Összes jövedelem	

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatolom.
Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum: _____

az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)

aláírása

III.

Vagyonynyilatkozat

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

1. A nyilatkozóra vonatkozó személyes adatok:

Neve:.....

Születési neve:..... Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

A nyilatkozó vagyona

2. Pénzvagyon

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege:.....Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is.....Ft

A számlavezető pénzintézet neve, címe:.....

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg:.....Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe:.....

3. Ingatlanvagyon

1. **Lakástulajdon** és lakótelek-tulajdon címe:

helyrajzi száma:..... alapterülete: m², tulajdoni hányad: a szerzés ideje:év,

Becsült forgalmi érték:.....Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: **igen / nem** (a megfelelő aláhúzandó)

2. **Üdülőtulajdon** és üdülőtelek-tulajdon címe:

helyrajzi száma:.....alapterülete: m², tulajdoni hányad: a szerzés ideje:év

Becsült forgalmi érték:Ft

3. **Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon** megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.):

helyrajzi száma:..... alapterülete: m², tulajdoni hányad: a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

4. **Termőföldtulajdon** megnevezése:

helyrajzi száma:.....alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje:év

Becsült forgalmi érték: Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe

helyrajzi száma:, alapterülete m², tulajdoni hányad, az átruházás ideje:év

Becsült forgalmi érték: Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezésecíme:

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti , használati , földhasználati , lakáshasználati ,
haszonbérleti , bérleti , jelzálogjog , egyéb .

Ingatlan becsült forgalmi érték: Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Dátum: _____

.....
az ellátást igénybe vevő/ törvényes képviselő
aláírása

Megjegyzés:

Ha a nyilatkozó vagy kiskorú igénybevevő esetén családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyar Köztársaság területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénzne mében is fel kell tüntetni.

MEGÁLLAPODÁS
TÉRÍTÉSI DÍJ MEGFIZETÉSÉRE

Alulírott.....Szül.név.....
szül.hely,.....idő:.....
an:.....Lakcím:.....)

nyilatkozom, hogy

magam/hozzátartozóm

(Név:.....Szül.név.....
szül. hely,.....idő:.....
an:.....Lakcím:.....)

.....részére az intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését vállalom,

20.....- tól 20.....ig

annak érdekében, hogy velem/hozzátartozómmal szemben jövedelem és vagyonvizsgálat lefolytatását mellőzzék. Vállalom, hogy az intézmény részére a mindenkor hatályos teljes intézményi díjat megfizetem (átutalással, postai úton, pénztárba) legkésőbb a tárgyhót követő 10. napjáig.

Tudomásul veszem, hogy ha bármely okból a nyilatkozatban vállalt kötelezettségemet elmulasztom, akkor velem/hozzátartozómmal szemben a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény rendelkezései szerint járnak el.

Nyilatkozom továbbá, hogy az intézményi térítési díjjal megegyező személyi térítési díj megfizetése után az Szt.117/A.§ szerinti költőpénz és az egyéni gyógyszerköltség valamint testközeli segédeszköz) megfizetésére elegendő pénzüsszeg a nyilatkozattal érintett időtartamra folyamatosan rendelkezésemre áll. (1/2000. I.7. SzCsM.rendelet)

.....
aláírás

.....
Személyi igazolvány szám

Tanúk:

1. Név:.....
Lakcím:.....

2. Név:.....
Lakcím:.....